



紹介状
あり ・ なし

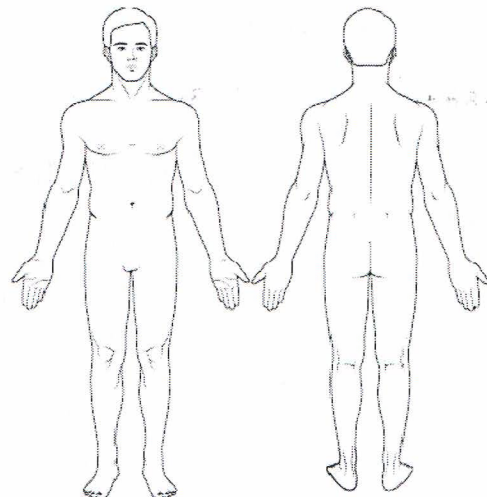
ふりがな		性別	年齢	生年月日
名前		男 女	才	明・大 昭・平 年 月 日
住所	〒	電話番号	【自宅】 【携帯】	

1. 症状のある部位はどこですか？
腰 膝（右・左） 肩（右・左） 首 背中
足首（右・左） 手（右・左） 指 その他→図へ

2. どのような症状ですか？
痛い しびれ 腫れ 動きにくい その他（ ）

3. いつごろから症状は出てきましたか？
 ・ 年 月 日 から
 ・ （日・月・年）前から

4. 症状が出たきっかけ・原因は何ですか？
交通事故 工作中 学校 転倒
その他（ ） 特に原因なし



5. 今回の症状で他の医療機関等を受診されていればお答え下さい。
なし あり
 （ ） 病院・クリニック

治療内容： 投薬 注射 物療 その他（ ）
 検査： レントゲン MRI CT その他（ ）
 →本日画像はお持ちですか？ なし あり（MRI・レントゲン・CT）

6. 現在治療中の病気があればお答えください。
なし あり →高血圧 糖尿病 心臓病（狭心症・不整脈など） 脳梗塞 腎臓病 喘息
その他（ ）

7. 現在服用中のお薬があればお答えください。※お薬手帳持参の場合はお預かりします
ない ある：（ ）

8. 過去に怪我や病気で手術を受けた事があればお答えください。
 手術名（ ）：（ ）年（ ）月（ ）日

9. 薬や食べ物でアレルギーが出たことがあればお答え下さい。
ない ある： 薬（ ） 食べ物（ ）

10. 今まで、歯の治療や麻酔の注射、手術などで具合が悪くなった事があればお答え下さい。
ない ある：（ ）

11. 趣味・健康目的で何か運動（スポーツ）されていればお答え下さい。
 種類（ ）（ ）回／週・月

12. ご職業：（ ）

13. 身長 _____ cm 体重 _____ kg

14. 女性の方へ：妊娠している可能性がありますか？
 ない ある

15. 当院はどのようにお知りになりましたか？
看板 インターネット 家族 知人 バスの放送 その他（ ）

16. ブロック注射（痛みどめ）を希望しますか？
はい いいえ わからない